

Revista Médica

Salmantina

R. 2306

MAYO DE 1906.

El XV Congreso internacional de Medicina celebrado en Lisboa

— —

Ha sido, por lo menos, digna continuación de la serie, el Congreso de Medicina que ha tenido lugar en Lisboa desde el día 19 al 26 del mes de Abril que acaba de pasar.

No se ha dado cuenta en él de ningún descubrimiento saliente, porque esto es cada día más difícil, dada la importancia que tiene la prensa profesional para divulgar todo progreso; pero no obstante, se han presentado trabajos notables, cuya mención es bastante para acreditar la Asamblea celebrada.

La noble nación portuguesa ha dado una gallarda muestra de su cultura médica. Allí en Lisboa hemos podido ver y admirar hospitales como el de Reho, para enfermos infecciosos, tan bien instalados como los de Berlín; el Instituto Real Bacteriológico, que lleva el subtítulo de Camara Pestana, en honor de aquél insigne bacteriólogo portugués que falleció víctima de la peste de Porto no hace todavía un lustro; el Hospital de Rilhafolles, la Escuela Médica y otras instituciones y fundaciones análogas que han dejado en nuestro ánimo, volveremos á repetir, la impresión de que Portugal camina en las avanzadas de la ciencia.

Allí en Lisboa ha quedado además consignado que nuestros vecinos los portugueses tienen el don de la más fina cortesía con que un huésped pueda ser recibido. Ha habido fiestas hasta el cansancio; se ha derrochado el *champagne* y la amabilidad, conociendo sin duda que ambas cosas no son suficientes más que cuando son excesivas.

==

Poco hemos de decir de los discursos de rúbrica con que se inauguró el Congreso, pero haremos una excepción con el del presidente Dr. Costa Allemão, porque también dicho discurso es excepcional en dicción, y en profundidad de conceptos.

He aquí algunos de sus párrafos:

«Puede afirmarse con certidumbre que la ciencia marcha en el tiempo y en el espacio hacia la perfección, hacia la moralidad, hacia el bien; emprende campañas, soporta sacrificios y fatigas, hace víctimas gloriosas y pone una abnegación sublime para aflorar los secretos de la naturaleza, para apoderarse del fuego sagrado é iluminar con él las tinieblas que nos quedan y reducir el número de los enemigos de la humanidad. El fin del mundo para la ciencia es la creación morbosa de un espíritu enfermo. Si la toxicología da à los envenenadores la materia prima para sus crímenes también ilumina el medio de corregir el mal. Si la química enseña las falsificaciones de que se sirve el comercio ilícito, nos muestra igualmente el medio de descubrirlas.

Es siempre en su expresión más sublime y más significativa en su edad viril como en la adolescencia de la humanidad, la simple y cándida historia del paraíso perdido: la ciencia del bien y del mal, de donde resultará naturalmente, como se puede preveer, en un porvenir lejano, la conquista del paraíso por la ciencia.»

.....

«Los estudios modernos sobre la luminiscencia, sobre las propiedades de los rayos catódicos, de los rayos Roentgen, de las radiaciones uránicas, de la radio-actividad manifestada por gran número de cuerpos, y finalmente de los rayos «N.» y «N s » han hecho una notable revolución en biología médica.

Diez años van ya transcurridos desde el descubrimiento de Roentgen, y desde el comienzo de este descubrimiento surgieron aplicaciones notables de las nuevas radiaciones al diagnóstico quirúrgico, médico y obstétrico, así como á la terapéutica misma.

La vulgarización rápida y el desarrollo que han tomado los nuevos procedimientos denuncian su valor.

Igualmente las radiaciones emitidas por el radium, ocupan un lugar importante en la terapéutica.

Las aplicaciones de los rayos N. en el diagnóstico diferencial, y en la comprensión de los fenómenos de la vida psíquica, de los estados de conciencia y sub-conciencia, en la esfera de la neuro-psicología fisiológica y morbosa han formado un criterio positivo de investigaciones y de análisis, á pesar del crepúsculo que envuelve aún cuestiones tan áridas.

Las adquisiciones modernas en el dominio de las ciencias biológicas

han iluminado notablemente los problemas delicados de la etiología, de la profilaxia y de la terapéutica.

Se sabe hoy que, además de los gérmenes microbianos clasificados en los cuadros de bacteriología, hay también un mundo de seres excesivamente pequeños y que por esto mismo escapan á nuestra vista.

Aun con el aparato moderno de Siedentoff y Zigmondy, no se pueden definir sus formas, por que su tamaño traspasa los límites de la visibilidad. Las dimensiones de estos gérmenes se aproximan al tamaño de las ondas luminosas, y se conocen ya algunos seres que impresionan las placas fotográficas, aun siendo tres veces más pequeños que la longitud media de estas ondas.

El número de microbios invisibles aumenta cada día. ¡Como no hemos de esperar importantes trabajos para la explicación etiológica, hoy ignorada de ciertas enfermedades!

Del mismo modo, el estudio de los animales parásitos ha tomado en estos últimos años una importancia notable. El ciclo recorrido por estos seres, nos hace ver las más sorprendentes metamorfosis en la evolución compleja que realizan en los organismos de especies diferentes. Véanse, si no los trabajos sobre el paludismo, que indudablemente han deparado á la medicina un dominio inmenso de conocimientos.

En esta orientación, los investigadores modernos han llegado á determinar, la manera de transmitirse un germen desconocido. Se ignora en efecto cuál es el germen que produce la fiebre amarilla, pero se sabe sin embargo, gracias á los trabajos memorables de Reed, Las, Carrolí y de Agramonte, miembros de la célebre comisión americana, y gracias á los de Marchoux, Simond y Salimbem, de la misión del Instituto Pasteur, de Paris, que este germen se transmite al hombre por la *Stegomyia fasciata*.

De este descubrimiento que parece tan sencillo, resulta una profilaxia racional, que si no ha dado por resultado la extinción completa, á lo menos ha traído un decrecimiento en las epidemias americanas.

La etiología de la enfermedad del sueño, que en el momento del último congreso internacional de Medicina constituía aún un problema de la ciencia, es hoy día conocida en sus más pequeños detalles, gracias al memorable descubrimiento de Castellani y al estudio de su trypanosoma.

Del mismo modo la leyenda que rodeaba á la sífilis, considerándola como enfermedad exclusiva del hombre, ha desaparecido cuando, en 1904, Roux y Metchnikoff, la han transmitido á los antropoides.

La etiología de esta enfermedad, ignorada durante tantos años y que ha dado lugar á las más extravagantes hipótesis, precisamente por el modo de su evolución y por el reflejo morboso lejano entre las generaciones sucesivas, acaba de recibir la más sorprendente de las soluciones.

Cuando todo el mundo la suponía producida por uno de esos gérme-

nes, pertenecientes al mundo de los invisibles, de tamaño tan pequeño, que se pueden acantonar sin perjuicio en el protoplasma de las células generadoras, la sífilis nos aparece como siendo producida por un animal parásito de dimensiones relativamente grandes —el *tr. ponema pílidum*—descubierto por Schaudinn y Hoffmann.

Atrevesamos en verdad una época, en la que es bueno vivir, aunque no fuera más que para admirar los progresos de la ciencia.

Como se vé, por los párrafos transcritos del discurso del señor Costa Allemão, éste digno presidente del Congreso lisbonense, hizo una especie de balance del estado de los últimos descubrimientos de nuestra ciencia, y lo hizo con brillantez.

Ahora para que nuestros lectores puedan formarse idea de algunos de los trabajos presentados, vamos á hacer un extracto de los más discutidos.

COMUNICACIONES

(Resúmenes y Conclusiones)

Dr. Spiridion Kanellis (Atenas): *Contribución al estudio de la urología de la fiebre hemoglobinúrica biliosa.*

Según mis investigaciones, basadas sobre un gran número de casos, las orinas de los enfermos atacados de fiebre hemoglobinúrica biliosa, pueden contener:

- 1.º Hemoglobina.
- 2.º Hemoglobina y bilis.
- 3.º Hemoglobina sola ó asociada á la bilis y una pequeña cantidad de sangre, es decir, un número de hematíes enteros, relativamente pequeños.
- 4.º Hemoglobina sola ó asociada con materias colorantes biliosas y hematíes enteros muy abundantes; en estos casos la hemorragia renal constituye un síntoma parcial de la diatesis hemorrágica, que puede manifestarse en el curso de toda infección.

*
**

Dr. Sir Dyce Duckworth (Londres) *Corea considerado como reumatismo cerebral.*

- 1.º El Corea de Sydenham se considera hoy como una en-

fermedad causada por un agente infectivo, y no como resultado meramente del *shock* ó de una emoción, en personas de debilidad neurótica.

2.º La materia pecante del reumatismo que hoy se reconoce como de origen microbiano, (diplococo, estreptococo y corea, etc.,) es ciertamente la más frecuente, pero no la única causa de la infección.

3.º Ningún otro elemento microbiano que el diplococo ha sido descubierto en los casos de corea que se creen independientes de la influencia reumática.

4.º El agente infectante aparece ser algo afine, pero distinto del estreptococo que produce las formas comunes de la piohemia.

5.º Por este motivo debe mirarse el corea como una forma de reumatismo que envuelve las membranas y tejidos corticales del cerebro, y es en efecto, reumatismo cerebral.

6.º Hay un elemento neurótico en la patogenia del corea que predispone á los sujetos á ser impresionados por esta manifestación del reumatismo.

7.º El corea es pues, un desorden neuro-humoral.

*
**

Dr. Frantz Glenard (París) *Sintomatología de las localizaciones lobares hepáticas.*

La demostración de la independencia respectiva de los lóbulos del hígado y de la existencia de localizaciones lobares, se ha hecho por la clínica en 1890 gracias á las tres condiciones siguientes:

1.º Un procedimiento nuevo de palpación del hígado «el procedimiento del pulgar» que ha introducido en clínica la exactitud en la apreciación de la forma del borde inferior del hígado y el conocimiento de los hígados flácidos (hígado descendido, deformado, con resaltes ó con hiperesteria sin hipertrofia).

2.º La aplicación sistemática de este procedimiento á la exploración del hígado en todo un grupo de enfermedades (llamadas de la nutrición, dispepsias gastro-intestinales, neuropatías, enfermedades llamadas de los órganos movibles) en las que el hígado no se creía afectado en las que se le halla anormal en un 60 % de casos, y en que sus caracteres físicos mas frecuentes son preci-

samente los de las localizaciones lobares y de hígados simples anormales.

3.º La notación de los caracteres físicos revelados por el procedimiento del pulgar, bajo forma de diagramas, permitiendo la comparación de los diversos hígados entre sí, y de un mismo hígado en las diversas exploraciones de que ha sido objeto.

Los procesos morbosos no invaden el hígado en bloque, sino que proceden de lóbulo en lóbulo, con rapidéz ó lentitud, según que el proceso es agudo ó crónico; comienzan por un lóbulo ó por otro, según la vía de trasmisión (arterial, portal, nervioso, biliar) del principio morbozo. Los procesos pueden acantonarse en uno ó muchos lóbulos, pueden evolucionar diferentemente en cada lóbulo. Hay pues, una localización lozar de la hiperemia, de la hiperestesia, de la hipertrofia, del quiste ó del absceso, de la esteatosis, de la cirrosis ó de la ptosis: un mismo hígado puede en cada uno de sus lóbulos presentar un aspecto físico diferente, y un mismo lóbulo puede presentar solo en un hígado signos físicos normales.

Es la ley de la independendencia lozar que preside á aspectos físicos tan variados como puede presentar el hígado (una cuarentena de variedades).

Confirman la ley de la independendencia lozar y explican su mecanismo, la experimentación cadavérica, la fisiología, la patología experimental, la anatomía patológica, la histología, la anatomía comparada, que á partir de 1895 demostraron la vascularización independendiente de los lóbulos del hígado, la existencia de la doble corriente de la vena porta, y los acoplamientos de los lóbulos derecho é izquierdo del hígado con segmentos diferentes del tubo digestivo.

De los cuatro lóbulos descritos por la anatomía en el hígado, hay tres que en condiciones patológicas pueden ser interrogados por el explorador: el lóbulo derecho, el lóbulo cuadrado ó lóbulo medio, ó lóbulo colecístico, el lóbulo izquierdo ó lóbulo epigástrico. El cuarto lóbulo ó de Spigelio es inaccesible á la palpación.

Los signos físicos del lóbulo ó de los lóbulos accesibles á la palpación, están sacados de su modo de accesibilidad, de su forma, de su volumen, su movilidad, consistencia y sensibilidad á la presión. Sus caracteres pueden ser diferentes aun en dos lóbulos

contiguos. Un mismo lóbulo puede presentar muchos caracteres normales.

El estudio de la semiología lobar, es decir de los síntomas ó síndromes que acompañan á las localizaciones lobares, siendo por lo tanto su manifestación, exige una doble información.

La primera consiste en establecer la frecuencia relativa á las diferentes localizaciones, segun las diversas enfermedades. Una información contradictoria establecerá después la frecuencia relativa de las diferentes enfermedades segun las diversas localizaciones.

La primera información permite conocer las relaciones siguientes y entre las más frecuentemente observadas:

Dispepsia gástrica al principio; hiperesteria sin hipertrofia del lóbulo izquierdo del hígado;

Dispepsia hepática (llamada hiperclorhídrica) hiperestesia sin hipertrofia del lóbulo medio del hígado;

Enteroptosis, ptosis verdadera del lóbulo derecho;

Neurastenia (hepática) deformación del lóbulo derecho;

Gastritis alcohólica, tumefacción de los lóbulos derecho y medio;

Dispepsia alcohólica, hipertrofia flácida del lóbulo izquierdo;

Diabetes, hipertrofia resistente del lóbulo derecho;

Litiosis biliar, hipertrofia del lóbulo medio;

Gota, cálculos, resalto sin hipertrofia del lóbulo derecho.

La información inversa, contra-prueba de la precedente, recoge indicaciones preciosas desde el punto de vista semiótico en el análisis de las sensaciones provocadas por la presión de tal ó cual lóbulo del hígado.

Normalmente, el hígado es indolente á la presión; en el estado patológico la *presión del hígado* puede despertar en el enfermo una ú otra de las sensaciones siguientes:

Sobre uno cualquiera de los tres lóbulos: un dolor pungitivo ó contusivo, ó bien un «dolor de estómago» un «dolor al epigástrico;»

Sobre uno de los lóbulos, *derecho* ó *izquierdo* una sensación dispéptica, como la que se percibe espontáneamente dos horas después de las comidas (lóbulo derecho) ó como la provocada por la ingestión de alimentos crudos, como un estiramiento del estómago (lóbulo izquierdo);

Sobre el lóbulo medio y también en el ángulo de la *cisura colicística* y aun sobre la vexícula biliar cuando es perceptible el uno ó el otro de los síntomas que acompañan á los estados paroxísticos; un dolor idéntico al que se percibe espontáneamente al comienzo de los calambres, de las crisis de estómago, de los cólicos hepáticos, ó un dolor del hipocondrio izquierdo, como el que se percibe espontáneamente en el momento de las crisis; ó un dolor en el pecho derecho, en el hombro derecho, en la espalda, en los riñones, ó en fin, un dolor precordial, semejante al de las crisis de angina de pecho (pseudo-augor).

Sobre el lóbulo izquierdo, uno ú otro de los síntomas que acompañan, sea el comienzo del vómito, sea la sacudida de una violenta emoción, náusea, «mal de corazón», ráfagas de sudores, ahogos, opresión, vértigos, «barra» retroesternal, regurgitaciones ágrias, sequedad de la lengua, ó un dolor en la espalda bajo el homoplato izquierdo.

Aplicada á tipos físicos bien determinados de localización lobar, la investigación de la frecuencia relativa de los síndromes dá los resultados siguientes en los tres tipos de: ptosis verdadera del lóbulo derecho, resalto, con ó sin hipertrofia; lóbulo derecho flácido, hipertrofia monolobar de los lóbulos derecho, medio ó izquierdo. Las observaciones que han sido objeto de estas investigaciones, se han individualizado cuidadosamente.

Hepatoptosis verdadera (lóbulo derecho).

En 38 casos de hepatoptosis verdadera, el síndrome existió 38 veces, es decir en todos los casos (debilidad, dispepsia, constipación, insomnio, adelgazamiento, alivio con el cinturón.) Este síndrome fundamentalmente el mismo en todos los casos, revestía el aspecto neuropático en 21 casos en que el hígado caído estaba indolente á la presión; presentaba en cambio una marcha paroxística, calambres, crisis gástricas, cólicos sub-hepáticos... En los 17 casos restantes, la presión del hígado descendido á la parte superior del borde interno de este lóbulo, es decir, en la vecindad de la cisura colecística, provocaba una sensación dolorosa en el enfermo. Esta comprobación, muestra bien la estrecha relación de los caracteres físicos del hígado con el aparato de los síntomas. Prueba además el parentesco de la enteroptosis con el trastorno de la función biliar.

Resalto del lóbulo derecho flácido, sin hipertrofias; 49 casos; ó con hipertrofia descendida 76 casos.

En 225 casos, el síndrome enteroptosis no se encontró más que dos veces. En cambio, el cuadro sintomático era en los 213 restantes, el de una dispepsia, una neuropatía y sobre todo el de una de esas enfermedades llamadas de la nutrición (gota y calculosis, reumatismo crónico, diabetes, litiasis biliar).

Hipertrofia monolobar de los lóbulos derecho, medio é izquierdo.

Para el estudio de la sintomatología de las hipertrofias monolobulares, que son el objeto principal de esta comunicación, he limitado mis investigaciones al paralelo de 15 casos de hipertrofia aislada de cada uno de los tres lóbulos, en junto 45 casos de hipertrofia aislada de cada uno de los tres lóbulos, ó sea en total 45 casos clasificados exclusivamente según sus diagramas.

He aquí resumidos bajo forma de cuadro los síntomas y la etiología que les corresponden:

SINDROMES DE LAS HIPERTROFIAS MONOLOBULARES.
45 casos: 24 hombres, 21 mujeres

Síndrome actual del hepatismo	Lóbulo derecho 15 cas. { 9 hombres 6 mujeres	Lóbulo medio 15 cas. { 4 homb. 11 muj.	Lóbulo izqdo. 15 cas. { 11 homb. 4 muj.			
	Núm. de casos	Etiología	Núm. de casos.	Etiología	Núm. de casos.	Etiología
Diabetes	11	Alcoholismo. 6 menop. 1 emociones 3 infeccion 1			6	
Litiasis biliar		—	15	—		
				infecciones 3 puerp. 2 alemt. 1 menop. 2 sedent. 1 alcoholismo. 1 indet. 5 herencia?		
Cirrosis hipertr. <i>con ictericia</i>	—	—		—	2	Emociones 2
Cirrosis hipertr. <i>sin ictericia</i>	2	alcoholismo 2		—	2	emociones 1 alcoholismo. 1
Ictericia crónica (<i>angiocol</i>)	—	—		—	1	
Ictericia intermit.					2	emociones 1
Congtn. del hígado (<i>crónica</i>)	1	puerp. 1		—	1	emociones 2
Dispepsia		—		—		alcoholismo. 1
Neurast. gástrica	1				1	
Glucosis y album.		alcoholismo 1		—		alcoholismo. 1
	15		15		15	

ETIOLOGÍA DE LAS HIPERTROFIAS MONOLOBULARES.

Etología	Lóbulo derecho	Lóbulo medio	Lóbulo izquierdo
Alcohol	9 casos (9 h.)	1 casos (1 h.)	5 casos (5 h.)
Emociones	1 » (1 m.)	—	9 » (5 h. 4)
Puerperalidad	1 » (1 m.)	2 » (2 m.)	—
Menopausia	3 » (3 m.)	1 » (1 m.)	—
Lactancia	—	2 » (2 m.)	—
Causa palúdica	—	—	1 » (1 h.)
Males infecciosos	1 » (1 m.)	3 » (3 m.)	—
Sedentaridad	—	1 » (1 h.)	—
Indeterminados	—	5 » (2 h.)	—
Predispos. (hepát.)	Hered. ó adqui.	Hered ? 5, adqui.	Hered.? 2, adqui.

Las Conclusiones que se pueden sacar de este paralelo son las siguientes:

Relativamente á los síndromes

1.º El síndrome de la hipertrofia del *lóbulo derecho*, el que se halla con mayor frecuencia, (sobre 15 casos) es el de la diabetes verdadera: 11 casos de 15. En los otros cuatro, se trató, tres veces de una afección hepática franca (2 cirrosis, 1 congestión crónica del hígado), 1 vez de una afección hepática disimulada (neurastenia gástrica).

Este resultado concuerda con los formulados en mis trabajos anteriores y según los cuales es la hipertrofia monolobular derecha la que, de todas las modalidades físicas del hígado, la que se halla más frecuentemente (en 51 % de casos de diabetes verdadera).

Concuerda además con este hecho que la presión del lóbulo derecho, puede despertar, sea un dolor local, sea una sensación dispéptica ó un dolor de estómago.

2.º El síndrome de la hipertrofia aislada del lóbulo medio, es siempre el de «la afección paroxística del hígado» (celular ó no): cólicos hepáticos, 13 casos; calambres de estómago, 2 casos; gastrálgia 1 caso (litiasis, prelitiasis ó pseudo litiasis).

Esta conclusión concuerda con la que yo he formulado hace tiempo, relativamente á la frecuencia de la hipertrofia del lóbulo medio en la litiasis biliar; concuerda igualmente con el hecho señalado antes, de que las sensaciones despertadas por la presión del lóbulo medio, en los sujetos en que está hiperestesiado, son las mismas que las experimentadas espontáneamente por aquellos al comienzo de sus crisis hepáticas ó de sus calambres de estómago.

3.º El síndrome de la hipertrofia del lóbulo izquierdo, sobre 15 casos, ha sido en 7 casos, el de una afección hepática franca, 5 veces con ictericia crónica, dos con brotes febriles intermitentes, dos sin ictericia, (2 cirrosis hipertrófias sin ictericia); en 6 casos la diabetes verdadera; en dos casos una afección hepática disimulada (1 caso de dispepsia, 1 caso de glucosuria con albuminuria).

Esta conclusión concuerda, por la frecuencia de su proceso hepático grave, con la gravedad mayor que yo he atribuído siempre á las hipertrofias del lóbulo izquierdo, con relación á la de los otros lóbulos. Pronto veremos que concuerda con la significación de los síntomas provocados por la presión del lóbulo izquierdo. En fin, pone en evidencia un hecho nuevo, el de la frecuencia de la ictericia en las hipertrofias del lóbulo izquierdo.

Considerando en conjunto las hipertrofias monolobulares, sobre 45 casos, el síndrome más frecuente (33 casos) es el de una de las enfermedades llamadas de la nutrición (diabetes, 17 casos; litiasis biliar, 15 casos; obesidad y cálculos 1 caso); después el de una enfermedad propiamente llamada del hígado (10 casos) y otras el de una dispepsia ó neuropatía.

Esto confirma la aserción de que las localizaciones lobulares se encuentran con más frecuencia en las enfermedades del hígado con síntomas hepáticos disimulados que en las enfermedades del hígado con síntomas hepáticos francos.

Se encuentra aquí un nuevo argumento sacado no solamente de la localización hepática, sino de una localización lobar idéntica, en favor del parentesco que une en una misma familia nosológica las dispepsias, las neuropatías, las enfermedades de la nutrición y las propiamente llamadas del hígado.

No es dudoso que en los casos de localización monolobular al menos, todos estos síndromes son equivalentes desde el punto

de vista de su significación hepática y que, por ejemplo, la diabetes verdadera no sea el síndrome más especial de la hipertrofia del lóbulo derecho, del mismo modo que la ictericia es el síndrome más especial de la hipertrofia del lóbulo izquierdo; no es dudoso tampoco que la glucosuria de la diabetes representa aquí un síntoma puramente hepático, del mismo modo que la pigmentación en la ictericia. El hígado es el substratum. La diferencia de los síndromes observados en una misma hipertrofia monolobular corresponde á la diferencia de las fases del proceso hepático en este lóbulo.

En este paralelo de las hipertrofias se muestran bien claramente de un lado la analogía de los lóbulos derecho é izquierdo por su aptitud á ser el uno y el otro el substratum de la diabetes ó de la cirrosis, por su mayor frecuencia los dos en el hombre que en la mujer.

La investigación de las causas primeras aporta igualmente pruebas no dudosas de la individualidad de los lóbulos del hígado.

Relativamente á la etiología

La etiología de la hipertrofia monolobular del lóbulo derecho, ha sido el alcoholismo y otras veces sacudidas morales ó el microbismo infeccioso.

La etiología de la hipertrofia monolobular del lóbulo medio que se ha encontrado más frecuentemente, se relaciona con la sexualidad femenina.

Esta causa etiológica concuerda con la frecuencia de la enfermedad paroxística del hígado, mayor en la mujer que en el hombre.

La etiología de la hipertrofia del lóbulo izquierdo es notable en los quince casos observados, por el predominio inesperado de la causa psíquica (pesares, emociones, cólera).

La menor presencia del alcoholismo en la etiología de la hipertrofia del lóbulo izquierdo, que en la del derecho está en desacuerdo con la aserción que sostuve en otro tiempo sobre el predominio para el lóbulo izquierdo de la etiología alcohólica. Esta contradicción se explica por el hecho de que la comparación de los tres lóbulos había sido presentada desde el punto de vista de los síndromes y no de la etiología. Y el síndrome cromático, que

es el símbolo del alcoholismo, es más frecuente en la hipertrofia del lóbulo izquierdo que en la del derecho; además la diabetes es, en efecto, el síndrome predilecto del lóbulo derecho; pero esta diabetes del lóbulo derecho es frecuentemente alcohólica, mientras que la cirrosis del lóbulo izquierdo es más á menudo de origen emocional.

La frecuencia de la etiología emotiva en la hipertrofia del lóbulo izquierdo concuerda con la naturaleza de las sensaciones provocadas en el enfermo por la presión del lóbulo izquierdo cuando este lóbulo está hiperestesiado; estas sensaciones son precisamente las mismas que acompañan, bien á la sacudida producida por una violenta emoción ó por el acto ó la preparación del vómito. Hay además entre la sacudida moral y el vómito una relación bien conocida, sea el vómito poco después de la conmoción psíquica, sean los vómitos biliosos matinales, síntoma que unido á la posibilidad de que la causa emocional provoque también una cirrosis del hígado, aproxima entre sí la etiología emotiva y la etiología alcohólica. Del mismo modo la anorexia, los sudores, la diarrea, el insomnio de la precirrosis alcohólica, se observan en la precirrosis motivo de la hipertrofia izquierda alcohólica (y también de la hipertrofia derecha) prevaleciendo en la primera la ictericia. Dada la relación estrecha que existe entre la hipertrofia izquierda y la etiología emocional, está uno autorizado á interpretar esta ictericia de la hipertrofia izquierda como una ictericia emocional. Para explicar el mecanismo de esta ictericia, hay que tener en cuenta dos hechos: 1.º La relación de contingencia entre el lóbulo izquierdo y el lóbulo medio, que es el lóbulo biliar; 2.º Por el antagonismo entre el acto de los vómitos biliosos ó la diarrea biliosa del emotivismo y la realización de la ictericia, pues uno de estos síntomas excluye al otro.

La expresión en cierto modo mecánica del hígado que le hace arrojar su contenido sanguíneo y biliar y aun su contenido celular y disminuir de volumen, bajo la influencia de la vaso-constricción producida por la excitación cortical-emocional, puede encontrar para la bilis un obstáculo en los canales escretores. Este obstáculo, debido á la vaso-constricción de los canales biliares, que son la parte más sensible del hígado, puede situarse sea en el colédoco (ictericia y deposiciones grises), sea en el canal biliar y escretor del lóbulo izquierdo (ictericia y deposiciones coloreadas) y entonces se encuentra constituida la ictericia,

La persistencia de esta ictericia será debida enseguida á una designación por la vía suprahepática del curso de la secreción biliar (paracolía) al salir de la célula hepática, denunciando esta de este modo la persistencia de la conmoción de que ha sido objeto.

En cuanto á la localización en el lóbulo izquierdo, sea de la hipertrofia de origen emocional, sea del proceso ictérico más especial á esta hipertrofia, se explica por la inervación diferente de los lóbulos, pues los pneumogástricos y frénico del lado izquierdo envían directamente ramillos al hígado, mientras que los emanados del lado derecho atraviesan el plexo solar. Habría, pues que tener en cuenta los diferentes orígenes de inervación de los diversos lóbulos, como hay que contar con los diferentes orígenes de irrigación sanguínea.

En suma, que la excitación parte del lóbulo izquierdo por la presión directa del dedo explorador ó que venga de la corteza cerebral mediante la emoción; los fenómenos observados, que son de la misma naturaleza en ambos casos, implican una misma conducción nerviosa.

La complejidad de las cirrosis hipertróficas es debida á la complejidad de las causas primeras que simultánea, ó sucesivamente han podido herir á cada lóbulo en un mismo sujeto.

Si puede parecer legítimo el atribuir una función más bien antitóxica al lóbulo izquierdo y más bien trófica al derecho, fundándose esta atribución en el origen diferente de su irrigación sanguínea, parece igualmente legítimo atribuir á cada uno de los tres lóbulos clínicos un papel diferente, en virtud del origen diferente de su inervación. Al lóbulo izquierdo se le concedería un papel más especial en las relaciones recíprocas del hígado y del sistema nervioso. Al lóbulo medio un papel más especial en las relaciones recíprocas del hígado y del aparato digestivo; y al lóbulo derecho un papel más especial en las relaciones recíprocas del hígado y del medio humoral, es decir del resultado y del equilibrio de la asimilación.

Además de este papel más especial imputable á cada lóbulo, á la inervación especial se deberían las repercusiones por vasomotricidad refleja, las hipertrofias compensadoras y las suplencias que se observan en clínica.

Orientada en esta nueva vía abierta hoy por la clínica, la fisiología afirmará la independencia de los lóbulos del hígado y la patología las localizaciones lobares hepáticas.

*
* *

Investigaciones sobre la enfermedad del sueño, por Ayres Kopke, Profesor de la Escuela de Medicina tropical de Lisboa.

El autor estudia en un raport extenso y sumamente detallado, la enfermedad del sueño, principalmente desde el punto de vista etiológico. Sus observaciones recaídas sobre gran número de enfermos. 30 en Loanda y otras en diversos puntos y en total 44, demuestra la presencia del tripanosoma gambiense en la sangre, líquido céfalo-raquídeo y ganglios linfáticos.

De estos 44 enfermos murieron 30, siendo autopsiados 28, y encontrando en 27 las lesiones típicas de la enfermedad del sueño, de las cuales la más característica es la intensa infiltración leucocitaria perivascular en el encéfalo y bulbo. El otro enfermo murió á consecuencia de una intensa anquilostomiasis complicada con una infección pneumocócica, no siendo pues de extrañar que su autopsia no diera resultado positivo. Al lado del tripanosoma gambiense, estudia también su principal, sino único agente de propagación, que es una mosca del género *glossina*, la *glossina palpalú*, habitante de las comarcas en que la *Doença do Somno* es endémica.

(Continuará)

Estudio clínico de un caso de monstruosidad doble

por D. Marceliano Castaño Sanchez, Médico de Cabezuela
(Cáceres)

y D. Angel Nuñez, Catedrático de Obstetricia de la Facultad
de Medicina de Salamanca.

≡

Todo lo que se refiere á estudios teratológicos, hoy más claros y precisos que en la antigüedad, por estar fundado su conoci-

miento de hechos demostrativos robustecidos por las evoluciones y progresos de la embriología, constituye un tratado importante digno de las más serias reflexiones y propio para considerarlo como un conjunto de cuestiones que no son extrañas al orden natural, ni á la ciencia, como se suponía en las épocas antiguas, pre-dispuestas siempre á los hechos sobrenaturales y milagrosos, cuyas creencias erróneas eran dignas hijas de los entonces escasos ó nulos conocimientos embriológicos.

Quédese para el vulgo la absurda creencia de que el nacimiento de un monstruo era una manifestación de la cólera Divina, ó una consecuencia de impresiones diversas experimentadas por la mujer durante su embarazo, ó el resultado de un hecho bestial consistente en las relaciones sexuales entre especies diferentes.

Aquellos errores sostenidos por el más craso empirismo; aquellas víctimas sobre cuyas frentes sellaba la maledicencia pública el ignominioso y repugnante estigma de un supuesto crimen, que hasta el mismo siglo XVII fué severamente castigado, han desaparecido para siempre, merced á los estudios hechos, que han evidenciado que las monstruosidades, sean las que quieran, no obedecen á otras causas que á una aberración en el modo de realizarse las evoluciones que se suceden en el huevo humano desde que desempeña el papel de célula algo privilegiada, por el hecho de la impregnación, hasta obtener el resultado de la formación de un embrión perfecto.

Y si eso era ya un paso gigantesco para la resolución de importantes problemas, hoy la observación experimental ha permitido demostrar la razón de ser de esas evoluciones anormales y conocer las causas teratológicas, lo cual se ha conseguido gracias á los estudios y metódicas clasificaciones de Isidoro Geoffroy-Saint-Hilaire, Mathias Duval, Dareste y otros varios. En una palabra, los progresos de la embriología, han transformado las ideas erróneas en hechos científicos y racionales, así como también la Obstetricia, por su parte, ha determinado reglas precisas para el conocimiento previo de las monstruosidades y para la necesaria intervención en los distintos casos que pueden presentarse.

No es ocasión, ni es el objeto de este artículo el enumerar las anomalías poco importantes de algunos seres, ni tampoco las desviaciones viciosas graves y complejas del tipo normal humano. El fin que se persigue es adicionar ó sumar, al gran número de

monstruosidades propiamente dichas, el de un feto xifopago, recogido y descrito minuciosa y magistralmente por el ilustrado médico de Cabezuela en la provincia de Cáceres, D. Marceliano Castaño Sanchez. Este digno compañero, discípulo del que suscribe en el año 1873, laborioso en extremo y aficionado al estudio con un entusiasmo digno del mayor elogio, ha tenido la atención y delicadeza, que nunca agradeceré bastante de escribirme ofreciéndome el tipo de monstruosidad doble á que antes hago referencia, conviniendo en destinarlo al Museo de esta Facultad de Medicina, ya como medio de enseñanza é instrucción de los que á la ciencia Teratológica se dediquen, ya como justo homenaje de agradecimiento á la Escuela donde adquirió tan inteligente compañero la instrucción necesaria, que tanto le ha elevado en el concepto médico y social.

Al remitirme el monstruo doble, lo hizo asimismo D. Marceliano de la historia clínica de tan notable caso, que me ha parecido interesante y digna de publicación, mucho más cuando va acompañada de atinadas consideraciones.

El grabado adjunto dá una idea bastante clara de la disposición y forma de los fetos. La historia clínica es la que va copiada textualmente á continuación.

Dice así:

«Historia clínica de un monstruo compuesto, perteneciente, según la clasificación de M. Isidro Geoffroy Saint-Hilaire, al orden primero, tribu primera, familia segunda y género xifopagos.

*(Dedicada á la facultad de Medicina de Salamanca y en especial á mi antiguo y querido profesor D. Angel Nuñez Sampe-
layo)*

=

En la villa de Cabezuela, provincia de Cáceres, y partido judicial de Plasencia, vive como natural y vecina de la misma, J. B. G., de 38 años de edad, casada, multipara (seis partos, uno doble y cinco abortos), raquítica y debilitada, aunque de regular desarrollo en general, con temperamento linfático, costumbres morigeradas, antecedentes sanos y normalidad en los órganos sexuales y cavidad pelviana.

Como anamnésicos de familia debe hacerse constar que tiene

una hermana también casada, y entre los hijos habidos se cuentan dos con anomalías, uno en la mano derecha, caracterizadas por la falta del índice, anular y pequeño, que están sustituidos por tres mamelones carnosos, de centímetro y medio de extensión y forma irregularmente redondeada, que tienen su asiento en los metacarpianos correspondientes; el otro en el pabellón de la oreja izquierda, que falta por completo, viéndose en cambio en su lugar dos botones que coinciden con los puntos que debieran ocupar el lóbulo y trago.



Presentaba los signos probables del embarazo y, en efecto, pudo comprobarse, por los datos exploratorios recogidos y por los cálculos de la interesada, que dicho embarazo databa de tres meses y medio á cuatro. Ocho días antes del en que tuvo lugar el suceso se presentaron algunas hemorragias, que aunque no hiperexcitabilidad nerviosa, produjeron, sin embargo, las molestias consiguientes y la natural preocupación, por presentir el aborto como

consecuencia de tales fenómenos. Consultó con el que suscribe, y á pesar de la observancia de los cuidados que su estado requería, á las cuatro de la tarde del 15 de Marzo último, se acentuó la hemorragia, sobrevinieron dolores rápidos expulsivos, y cuando llegó el titular de Cabezuela, mi hijo político don Francisco Sayaus, pudo extraer de la cavidad vaginal el producto de la concepción, teniendo que extraer igualmente con gran presteza y esmero las dependencias fetales, por la gran hemorragia que se provocó en aquellos momentos. (Cuando el señor Sayaus terminaba la operación, llegaba yo á la casa, avisado por la familia).

Examinados el feto y los anexos, después de contenida la hemorragia, resultó ser aquel un monstruo gemelar, perteneciente á los autositarios, por estar compuesto de dos individuos de desarrollo casi igual; á los teratopagos, por estar unidos por una sola región del cuerpo; á los monofalios, por tener un solo ombligo y un cordón umbilical para los dos, y á los xifopagos por estar unidos desde la extremidad inferior del esternón al ombligo (Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire=1832 á 1836).

La longitud de 11 á 12 centímetros y su unión en el punto de conjunción de los ejes medio, vertical y horizontal correspondientes á las cavidades torácica y abdominal, determina una correspondencia tan simétrica en los planos topográficos regionales, que sus caras, troncos, y extremidades están en sentido opuesto y á igual nivel.

Los órganos de los sentidos se hallaban bien conformados para adquirir más tarde su desarrollo fisiológico y en el sitio correspondiente á los de reproducción existían en cada ser un pequeño tubérculo á modo de pene rudimentario caracterizando desde luego el sexo á que pertenecían, que es el masculino, cosa rara, pues en tesis general los monstruos análogos conocidos hasta hoy fueron del sexo femenino.

Los orificios anales están manifiestos; los dedos separados, las uñas bosquejadas, la piel formada, todo lo que parecía confirmar la fecha presunta del embarazo.

En cuanto á las dependencias fetales nada ofrecían de particular: una placenta de la que partía un cordón umbilical, para insertarse en el ombligo común.

Consideraciones

1.º Si bien el desarrollo del xifopago está en armonía con la edad intrauterina asignada, no así con las dimensiones que á esta edad corresponden. Tienen de longitud, como queda indicado, de 11 á 12 centímetros, en lugar de 16 á 17 que es lo comun. ¿Por qué esta diferencia? ¿Obedecerá á existir solo una placenta y un cordón para nutrir á los dos seres?

Es muy probable, porque los gemelos que dió á luz hace dos años, fueron de todo tiempo, bien desarrollados, con sus respectivas placentas y cordones, lo que indica que cada uno recibió separadamente los elementos nutritivos.

También pudiera influir en este deficiente desarrollo fetal el aniquilamiento, la pobreza orgánica de la madre, que unida igualmente á la repetición de los abortos, constituía en la mujer una especie de hábito abortivo, cuyas dos causas pueden considerarse como las predisponentes de este acto, en el caso que nos ocupa.

2.º ¿Cuándo y cómo se unen estos seres, que si bien son dos en realidad, es uno en la esencia?

Sin duda hay que convenir en que al fecundarse los óvulos se efectuó de tal manera esta unión, que en los puntos en que están adheridos, fué su contacto tan íntimo, que las células blastodérmicas de dichos puntos se desarrollaron y fusionaron á la manera como se fusionan y unen las células de nueva formación, resultantes de quemaduras en los espacios interdigitales uniendo los dedos.

El velo de este misterio se ha descorrido mucho, desde que Fol ha demostrado con experimentos, en huevos de erizos de mar y otros, que si narcotizando estos huevos por poco tiempo, antes de la fecundación, se consigue la polispermia, ó sea la fecundación del huevo por dos ó más espermatozoides, resultará la diplogenesi, presentando los monstruos derivados de esta disposición diferentes uniones, según la dirección y contacto de las dos líneas primitivas que aparecen en el mismo disco blastodérmico.

Si las líneas primitivas que han de formar los embriones permanecen separadas, hasta el punto de no ponerse en contacto, quedan independientes y entonces solo se trata de un embarazo doble, pero no monstruoso. Si, por el contrario, esas líneas crecen en oposición ó forman ángulos agudos, obtusos ó rectos y llegan

á ponerse en contacto, podrán dar lugar á monstruos dobles unidos por cualquier punto de la extremidad cefálica ó por otro correspondiente á las diversas regiones del cuerpo, resultando de ésto las uniones más caprichosas comprendidas en las clasificaciones.

Esta doctrina de Fol y todas las que se refieren á las demás desviaciones de los productos engendrados, dan motivo á un estudio de etiología teratogénica, como la llama Duval, que es curioso en alto grado y hasta cierto punto conveniente, por lo que es de suponer que sirva de estímulo para seguir su estudio por completo, á fin de conseguir su perfeccionamiento.

3.^a Hemos dicho que estos séres son dos en realidad y uno en la esencia. Dos, porque aunque tienen una pared comun abdominal y un solo ombligo, es de suponer, al observarse dos orificios anales que cada uno tuviera su aparato digestivo, ocurriendo lo propio con los demás órganos.

Uno en la esencia, porque en los casos análogos registrados en distintas épocas, al sobrevivir los fetos, llegando á su completo desarrollo de vitalidad y aun á edad avanzada, cuando uno enfermaba, el otro no estaba bien, reflejándose el malestar del segundo por tristeza, inapetencia y debilidad general, sucumbiendo el al parecer sano al poco tiempo de fallecer el enfermo.

Además, los casos raros en que sufrieron estos séres la conveniente operación para constituir vida independiente, han muerto los dos al poco tiempo de intervenir la Cirugía para obtener su separación. Estas son pruebas palpables de que las monstruosidades dobles forman un solo individuo con las mismas afecciones, sentimiento, caracter y enfermedades, confirmándose la sentencia *Quod Deus jungit, homo separare non potest*, que parece determinar que si esos séres nacen y se desarrollan, es para vivir unidos y no separados, como decreto de la Omnipotencia y Omnicencia Suprema....

4.^a ¿Qué explicación puede darse al hecho de que los dos séres unidos, como el caso presente, pertenezcan casi siempre al mismo sexo? No se sabe: parece que hay un designio especial para que esto suceda, porque no se comprende otra cosa, siendo así que cuando los gemelos son independientes, hay muchos casos en que cada uno tiene su sexo distinto.

5.^a ¿Puede esta monstruosidad haber sido hereditaria? No

es de creer así, pues á pesar de que en los antecedentes figura una hermana en que dos hijos han nacido con anomalías de la clase de las hemiterias, la herencia de las monstruosidades importantes es muy rara, y además no hay antecedentes de las mismas en la familia de esta parturienta.

6.^a ¿Pudieron nacer normalmente estos dos séres al llegar á su completa viabilidad? Es de creer que sí, por cuanto el medio de unión podía permitir, dado el sitio en que se hallaba el encajamiento necesario de las dos cabezas en los diferentes puntos de la hilerá pélvica. Muchos son los casos en que el parto ha terminado espontáneamente.

7.^a ¿Podrían vivir mucho tiempo después de nacer? La ciencia registra numerosos ejemplares de mónstruos isquiopagos, esternopagos, hemipagos y xifopagos, como el de esta historia que han llegado á una edad regular, pudiendo citarse entre ellos á las hermanas Elena y Judith, mónstruo doble autositario, pipopago, ó sea unidos por la región glútea, que nacidas el 26 de Octubre de 1701 en Hungría, vivieron 21 años y después de haber sido conducidas por casi toda Europa, murieron al mismo tiempo en un convento de San Petersburgo.

También merece hacerse mención de los célebres hermanos siameses Eug y Chang, que fallecieron en 1875 á la edad de 64 años, del ruiseñor de dos cabezas; Millia Cristina, que vivieron más de 20 años y de las dos niñas Dodica y Radica, llevadas á la exposición de París del año 1899.

Fueron operadas por Doyen, porque una de las niñas era tuberculosa y como supremo recurso para salvar la vida de la otra, cosa que no se logró desgraciadamente, pues sucumbieron las dos poco tiempo después de efectuarse la operación.

Salamanca 14 de Mayo de 1906.

Marceliano Castaño Sánchez.

Por la copia,

Angel Nuñez.

Las glándulas suprarrenales

(Estudio histológico)

por Tomás Rodríguez Pinilla

Alumno del tercer grupo de Medicina

(Conclusión)

Las células son muy difíciles de fijar; poco tiempo después de la muerte, y más debido á la presencia de abundantes vasos que á las mismas células, pues ya sabemos que el tejido hemático es el que más pronto se altera, se reblandece toda la región y se convierte en una pulpa rojiza, que al dar los cortes en la glándula sale por el centro; de ahí el nombre de *cápsulas suprarrenales* dado á estos órganos, nombre que no se puede admitir porque sanciona un error, por lo cual se llaman hoy glándulas ú órganos suprarrenales.

Estas células están reunidas en grupos de dos ó tres, colocadas en los espacios que dajan entre sí los capilares y venas de esta región, así como el tejido conjuntivo y las fibras musculares lisas, que, como ha mostrado von Brunn, parten de la vena central en dirección radial.

Tienen una forma cilíndrica, alargada ó prismática, midiendo de 25 á 30 micras. Poseen un núcleo ovoídeo, de ordinario central, pero que puede estar situado en un polo de la célula, en cuyo caso está en aquel más alejado de los capilares. Este núcleo muestra una reticulación cromática bien manifiesta, habiendo células que poseen dos ó más (Vialeton, Gottschau).

Cuando la fijación es imperfecta ó muy enérgica, el protoplasma emite numerosas expansiones, que han dado lugar á que se las confunda con células nerviosas multipolares. Se distinguen éstas porque el núcleo es muy aparente, su tamaño es algo mayor (30 micras y más) y ostentan un núcleo que resalta mucho.

Están provistas, según Canalis, Guieysse, etc., de uno ó dos centrosomas, siendo el protoplasma vacuolado; y además es hemateinófilo, es decir, que se tiñe de color azul pálido por la he-

mateina de Mayer, estando provisto de numerosas granulaciones.

Estas granulaciones que, como todos los productos de secreción, varían mucho, según la edad, la estación, el sexo y otra multitud de circunstancias, son refringentes, aunque mucho menos que las gotas de grasa.

Según Ciaccio, las unas serían acidófilas, las otras basófilas. Estas últimas, que son las más comprobadas, se tiñen por el rojo magenta, safranina, violeta de genciana y el método de Heidenhain. Por la tionina y el azul policromo de Unna, se tiñen de verde.

Son solubles en el alcohol, y deben serlo en el agua, pues después de lavados los cortes no se ennegrecen por el osmio. Se tiñen en gris verdoso por el percloruro de hierro y bajo la influencia de las sales de cromo se tornan amarillas. Por lo cual, y por presentarlas la adrenalina, se cree que sólo es producto de secreción de esta provincia glandular, como antes hemos dicho.

A estas tres reacciones (Grinffelt-Mulon, Henle y Vulpian) podemos añadir hoy otra cuarta, que debemos al ya citado método de Cajal para neurofibrillas. Trabajando por este procedimiento en estos órganos, se ve que, al revés de lo que pasa en otros, la reducción comienza desde el momento en que se hace uso del baño de nitrato de plata (al 1,50 por 100), no haciendo luego el reductor empleado (hidroquinona, ác. pirogálico, etc.) otra cosa que continuar un proceso ya iniciado antes. Esto se nota por el color pardo y hasta negro que pueden adquirir desde un principio los trozos glandulares sometidos á este tratamiento. En los cortes dados después, á más de otras revelaciones interesantes, se ve que las células están llenas de unas granulaciones negruzcas que han reducido la plata y que no pueden ser otra cosa que productos adrenalógenos ó hipertensores.

¿Son las glándulas suprarrenales las únicas que, aparte de otras funciones, están encargadas en el organismo de elaborar principios vasotónicos? Sabemos, desde los trabajos de Kohn, Stilling y otros, que las células del ganglio timpánico, de la glándula carotidea, de la coccigea de Luschka, etc., cuyo número aumenta de día en día, poseen una cromofilia comparable á las de las células medulo-suprarrenales. Mulon se decide por la afirmativa, porque ha comprobado que las células carotideas presentan las tres reacciones que hemos descrito (Henle, Grinffeltt-Mulon y Vulpian), y emite además la hipótesis de que habría á lo largo de

la cadena ganglionar del simpático otra cadena glandular encargada de las funciones vasotónicas. Es fácil que esta hipótesis pudiera tener un cierto viso de realidad, sobre todo en aquellos animales que podríamos llamar de difusión glandular (gato, por ejemplo) y en los cuales las pequeñas glándulas suprarrenales están compensadas por infinidad de otras pequeñísimas que se hallan dispersas por el mesenterio y acompañando al aparato genital; pero en los animales que asimismo pudiéramos llamar de concentración glandular (cobaya) es ya muy difícil y arriesgado pretender confirmar esta hipótesis.

Nervios.—Son abundantísimos: Kolliker llegó á contar hasta 35 ramos que emergían de los plexos vecinos, solar, renal, etcétera, aunque pueden provenir directamente del frénico y pneumogástrico. Están constituidos principalmente por fibras de Remak, aunque también las hay meduladas.

Penetran en la glándula principalmente por la parte interna. Forman dos clases de ramas: cortas ó corticales, y largas ó medulares.

Las primeras caminan paralelamente á los cordones de la fasciculada, donde terminan en una pequeña varicosidad ó en bola hueca. También terminan, aunque en menor número, en la glomerular y reticulada.

Las largas ó medulares, según Manouelian, el cual ha trabajado con el método rápido de Golgi en el gato recién nacido, atraviesan la cortical sin abandonar ramos ó abandonando muy pocos, y llegan á la medular; aquí se arborizan, formando un plexo riquísimo alrededor de los grupos celulares.

Nosotros, que hemos trabajado con el mismo método de Golgi en gatos y cobayas recién nacidos, no hemos podido sorprender estas arborizaciones. En cambio en los preparados hechos con el método de Cajal de las neurofibrillas, y sobre todo con la fórmula segunda (fijación alcohólica por veinticuatro horas y después impregnación argéntica en la estufa á 35 ó 37° y reducción subsiguiente por la hidroquinona), nos han mostrado en el cobaya de un día, una impregnación abundantísima de las redes, á más del retículo intraprotoplásmico en las células corticales de que hemos hablado antes.

Las neurofibrillas forman arborizaciones alrededor de los grupos célula-medulares que se terminan por una varicosidad de

centro claro; además estas neurofibrillas presentan algunas veces un poco antes de su terminación un espesamiento ovoídeo en el eje de la misma, que es á menudo mayor que la varicosidad terminal.

Las células nerviosas, de las cuales se ha hablado tanto, es indudable que existen, aunque no con la extraordinaria abundancia que se ha pretendido. Según Dogiel, que es quien más estudios ha practicado sobre este tema, serían de dos clases: unas grandes, de 25 á 40 micras, que se impregnan mal, sobre todo por el método de Golgi; nosotros, en los numerosos cortes practicados con este objeto, sólo hemos logrado observar una de gran tamaño, pero en uno hecho por el método Nissl y que mostraba dos núcleos bien evidentes.

Otras pequeñísimas de seis á ocho micras, que serían muy abundantes, de apariencia multipolar y revelables más fácilmente por el método de Golgi.

Respecto á las terminaciones intraprotoplásmicas, deben ser el resultado de revelaciones imperfectas de los métodos; opinión que tiene tanto más fundamento, cuanto que las mismas células suprarrenales se impregnan por los métodos de revelaciones nerviosas, incluso el de Cajal, que muestra las granulaciones de estas células teñidas en negro.

Bibliografía

Lecciones de técnica anatomo-patológica y bacteriología general, dadas en la Facultad de Medicina de Valladolid, por el Dr. Leopoldo López García.

Forma este librito un volúmen de cerca de 300 páginas, en que se estudian con bastante claridad y precisión las primeras 22 lecciones del programa del ilustrado catedrático, cuya explicación oral fué tomada por su hijo é interno numerario de dichas cátedras, don Angel López Pérez, en el pasado curso académico.

Tiene todo el libro en cuestión un sabor práctico que lo recomienda por sí mismo. Está escrito, por decirlo así, en el laboratorio

y para el laboratorio, y prestará indiscutibles servicios al interno que le maneje, al ayudante que le consulte y al aficionado que quiera experimentar con fruto.

Las dos primeras lecciones se ocupan de las preliminares al estudio de la asignatura, definición, división, plan y reseña histórica.

De la lección 3.^a á la 9.^a inclusive se describen con datos prolijos las autópsias, primero en general y luego aplicándolas á las diferentes regiones. Se hace un recuerdo de los instrumentos, reactivos y métodos, usados en las investigaciones de anatomía patológica microscópica, y también de los cortes, coloraciones y conservación de los preparados.

Desde la lección 10.^a comienza la microbiología y su técnica, que nada dejan que desear, pues contienen datos entresacados con esmero de voluminosas y costosas obras, inaccesibles por uno y otro concepto al estudiante.

En fin, para que nada falte, sigue un apéndice, en el que se incluyen once reglas para la remisión de productos á los laboratorios de anatomía patológica y bacteriología.

En resumen; estas lecciones son recomendables por todos conceptos, amenas por su estilo, sencillas por su método, utilísimas por lo prácticas.

Felicitemos cordialmente á su autor y le deseamos que en años sucesivos continúe resumiendo en esta forma sus explicaciones, hasta constituir un verdadero compendio de la asignatura, que á juzgar por la muestra será un excelente libro.

Revista de Revistas

Instrucciones sobre la tuberculosis, por el Dr. Rodriguez Men-
dez.

Esta grave enfermedad llamada por algunos la *filoxera de la vida humana*, causa en España más de 54.000 defunciones anuales.

Este colosal quebranto es una ignominia y un delito que figu-

ra entre los de imprudencia temeraria, abandono de funciones, falta de vigilancia, laxitud de las autoridades. Es una vergüenza para el país que lo sufre y una muestra palpable de la ignorancia de todas las clases y sobre todo de las autoridades y de las pudientes.

La tuberculosis es un padecimiento microbiano, y como tal, *evitable*. Todos tenemos obligación de contribuir á su extinción y todos tenemos derecho á que se nos defienda.

En este concepto, el médico ha de ilustrar con sus consejos y ha de procurar que cada paciente no se convierta en motivo de daño para los demás. El conocimiento de los hechos, la prudencia y las prácticas de desinfección conjurarán peligros, sin que brote ese horror al tísico de que hablan algunos recalcitrantes, por no decir mal intencionados. Los riesgos no se evitan ignorándolos sino conociéndolos.

Las familias, con sus rutinas, coadyuvan á la mala obra. Deben saber que la tuberculosis es contagiosa, y por rarísima excepción hereditaria. No es un padecimiento de familia, que pasa inesorablemente de padres á hijos: es un contagio realizado en la familia por falta de precauciones, contagio que viene del enfermo, del uso de alimentos crudos (carne, leche, etc.) de barrer en seco las habitaciones, de llevarse los niños los dedos ú otros objetos á la boca después de pasados por el suelo. Muchas cosas saben las familias que ni les hacen falta ni tal vez sean útiles: ignoran, en cambio, otras que debieran conocer al dedillo, cual es, por ejemplo, el librar al hogar doméstico de infecciones y garantizar la vida de los deudos.

Un tísico con sus esputos es sumamente temible; también puede serlo un sano. Por eso es tan recomendable el no escupir, y sea por un sano, sea por un enfermo, esa costumbre, señal de poca cultura y repugnante, debiera suprimirse por nociva.

Más deberes que nadie tienen las autoridades y no son las que mejor cumplen. Las malas viviendas, la escasez de agua, la carestía de los alimentos, el imprudente barrido de las calles, los hediondos carros de basura que circulan cuando debieran estar ocultos, la escasa desinfección, la falta de limpieza de las cloacas, la deficiente inspección de mataderos y vaquerías y el perder tiempo y dinero en asuntos de poca monta, cuando no perjudiciales, señalan unas cuantas deficiencias de los Municipios, de las muchas que tienen,

Aire puro y libre, luz solar en abundancia, buena alimentación y pocos vicios, nos preservan de la tuberculosis. Esos mismos agentes, más que todos los medicamentos, pueden lograr curaciones. Ni se está fatalmente predispuesto á la tuberculosis, ni ésta es siempre incurable; los esfuerzos mancomunados pueden reducirla mucho, quizás á la larga extinguirla.

Cura de los sabañones por embrocaciones de formol.

En los *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, un médico mayor recomienda el uso del formol del comercio para combatir los sabañones, tan frecuentes en la tropa.

El formol, por sus propiedades estimulantes sobre los tejidos, produce en la piel una reacción favorable á la curación.

El remedio—dice el autor—es tan simple y eficaz, que merece ser clasificado entre los mejores tratamientos de esta afección benigna, pero á veces tan rebelde.

Cuando los sabañones se hallan en periodo de eritema, basta embadurnarlos con el formol dos ó tres días consecutivos una ó dos veces cada día.

El dolor y la hinchazón desaparecen bien pronto, y después de algunos días la afección puede darse por terminada.

Como el formol es tan irritante, no conviene usarlo en los sabañones ulcerados.

En caso de flictema se puede usar sin inconveniente, pues aunque la ulceración consecutiva no se impide, siempre toma ésta mejor aspecto y la cicatrización se hace con más rapidez que de ordinario.

El doctor Camus, que este es el médico mayor de referencia, no toma para nada en cuenta la acción poderosamente antiséptica del medicamento en el mecanismo de la cura, y bien pudiera acontecer que esa acción tuviera cierto papel en ella impidiendo ó combatiendo las infecciones microbianas secundarias, que tanto pueden contribuir á agravar y prolongar la duración de estas lesiones cutáneas.

Tratamiento de la meningitis cerebro-espinal, por el yodato de sosa (Revista de Sanidad Militar).

Desde que el Dr. Ruhemann, de Berlin, preconizó por prime-

ra vez el empleo terapéutico del ácido yódico y de sus sales, estos medicamentos han hallado numerosas indicaciones clínicas.

Recientemente, dicho profesor ha tenido ocasión de comprobar que el yodato de sosa era igualmente susceptible de prestar excelentes servicios contra la meningitis cerebro-espinal.

El caso que ha observado pertenece á un niño de trece años, que se consideraba como perdido, á causa de los síntomas graves (convulsiones, cianosis, estado tifódico, hemiplegía) que presentaba.

El doctor Ruhemann tuvo entonces la idea de administrar al pequeño enfermo una solución al 1 por 60 de yodato de sosa en el agua, á razón de tres medias cucharadas de sopa.

Desde la primera toma, el estado general mejoró, empezando á dibujarse la defervescencia.

A la mañana siguiente, la temperatura era normal, la cefalea cesó, y en el espacio de algunos días, no muchos, las contracturas musculares, al igual que la rigidez de la nuca, desaparecieron enteramente.

Quince días después, próximamente, á partir del en que se empezó á emplear el tratamiento por el yodato de sosa, la curación era completa.

Tal es el resultado obtenido por el Dr. Ruhemann en el tratamiento de la meningitis cerebro-espinal con el empleo del yodato de sosa.

Noticias

En el mes pasado ha llegado á su mínimo la cantidad de enfermos de infecciones.

En cambio hubo muchas congestiones de los grandes parénquimas, neuralgias y exacerbación de reumáticos.

La tos ferina ha desaparecido casi del todo.

*
**

Por la Inspección provincial de Sanidad se está procediendo á la vacunación y revacunación de los niños de las Escuelas municipales.

Con la cooperación del oculista señor Alonso, se realiza también el reconocimiento de la agudeza visual de los niños.

Además, el Arquitecto municipal señor Madrigal ha efectuado el reconocimiento técnico de los edificios escolares; y con todos estos datos, el Inspector de Sanidad, señor Pinilla, elevará en su día una Memoria informativa al Ayuntamiento de la ciudad.

¡Lástima que no se extienda este trabajo á las Escuelas privadas!

Estadística demográfica sanitaria de Salamanca.

=

Mes de Abril de 1906

Nacimientos viables.	{	Varones	38	{	Ilegítimos.	12	
		Hembras.	38		Idem.	6	
Idem no viables	{	Varones	4	{	Idem.	1	
		Hembras.	"				
<i>Totales.</i>						99	
Defunciones	{	Varones	33	{	Contags.	Varones.	0
		Hembras.	36			Hembras	0
<i>Totales.</i>						69	

Matrimonios, 23

Salamanca—Imprenta de Almaráz y Comp.^a—Zamora, 19.